

Palaute IAAS maailmankongressista Portosta. Tehty ryhmätöinä.

Kirjoittajat: Niina Hakala
Heidi Rentola
Anne Bäck
Sari Ojala
Minna-Maarit Ketola
Eeva Kajander
Patricia Björklund
Tiia Hakala
Johanna Vilksa

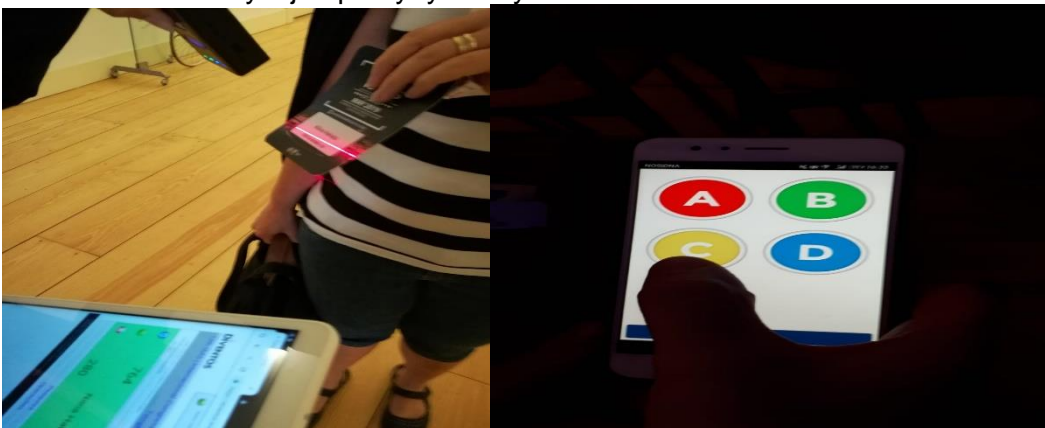
Vaasan päiväkirurgialla päätettiin jo loppuvuodesta 2017, että lähdetään mahdollisimman suurella joukolla Portugalin Portoön päiväkirurgiseen maailmankongressiin. Matkan rahoittamiseksi varasimme sairaalan aulasta useita ajankohtia myyjäisten järjestämistä varten ja työpaikalla järjestettiin arpajaisia. Matkalle lähtijöiden määrä vaihteli alkumetreillä paljonkin, lopulta mukana oli yhdeksän hoitajaa ja yksi ortopedi. Myyjäisiä taisimme järjestää neljät, arpajaisia ehkä saman verran, näillä tuloilla saimme mukavan alun kustannusten kattamiseen.

Tämän vuoden alussa lähestyimme apurahojen tarjoajia ja saimme hyvän vastaanoton. Kiitos apurahojen myöntäjille, sillä ilman apurahoja matkamme ei olisi onnistunut. Haimme apurahoja eri tahoilta, mm. Suomen Päiväkirurgiselta Yhdistykseltä, Tehyltä, Suomen Sairaanhoidajaliitolta, Anestesiahoitaja-yhdistykseltä sekä Fornalta.

Matkaan lähdimme lauantaina 26.5. Vaasan lentokentältä kohti Tukholmaa, Frankfurtia ja lopulta Portoön. Sää kotona oli kylmä ja sateinen, mutta kun saavuimme Portoön iltapäivällä meitä odotti ihana lämmin aurinkoinen sää. Viikonloppuna meillä oli aikaa tutustua Porton kauniiseen kaupunkiin.

Kävimme ajelemassa mm. turistibussilla, gondoli hissillä sekä kävelimme monia kilometrejä ylä- ja alamäkeen. Portossa kun olimme, meillä oli suoranainen velvollisuus maistaa myös portviiniä, josta Porto on kuuluisa. Ehdimme myös kastamaan varpaat Atlantin valtameressä. Iltaisin kokoontuimme kaikki yhdessä syömään. Kongressin linjan mukaisesti käytimme teknologiaa hyväksemme, pidimme yhteyttä toisiimme tapahtumaan luodun whatsapp-ryhmän välityksellä ja pysyimme tietoisina toistemme liikkeistä.

Maanantaina aloitimme työt eli osallistuimme luennoille. Päällimmäisinä aiheina kongressissa taisi nousta esiin teknologia, puudutukset ja yhteistyö teamina. Itse kongressissa käytettiin paljon teknologiaa apuna. Jokaiselle luennoille osallistujat skannattiin sisään ja ulos, luennot ja aikataulut olivat löydettävissä omaan puhelimeen ladattavasta kongressia varten luodusta app:ista. App:in kautta oli mahdollista olla vuorovaikutuksessa luennoitsijoiden kanssa. Osallistujat pystyivät osallistumaan luentoihin liittyviin äänestyksiin oman puhelimen app:in kautta, äänestystulokset olivat välittömästi äänestysajan päätyttyä näkyvillä luentosalin screenillä.



Opioiditon anestesia

Anestesia ilman opioideja on uusi, suorastaan vallankumouksellinen ajatus. Olemme tottuneet käyttämään opioideja rutiininomaisesti anestesiassa. Peruskäsitys hyvästä yleisanestesiasta on kombinaatio riittävästä unesta, kipulääkityksestä sekä relaksaatiosta. Xavier Falieres Alankomaista kertoi luennollaan siitä, miten opioidien käyttö on lisääntynyt eksponentiaalisesti 1990-luvulta tähän päivään. Lisääntyneen käytön myötä myös ongelmat ovat pahentuneet, on raportoitu opioidien väärinkäyttöä sekä yliannostuksia. Nyt on herätty pohtimaan sitä, että onko anestesian aikaisella opioidien liiallisella käytöllä yhteyttä esim. leikkauksen jälkeisen kivun herkistymiseen, sairaalaan palaamiseen, opioidiriippuvuuteen, syövän uusiutumiseen, immuunijärjestelmän häiriöön, suurentuneeseen postoperatiiviseen deliriumiin tai älyllisen suorituskyvyn laskuun.

Falieres kertoo "Opioid Free Anestesia (OFA)" suuntauksesta, jossa on palattu anestesian perusmäärittelyjen kautta kysymään kysymyksiä siitä, että mikä on anestesia ja mikä on analgesia. Viimeisten tutkimusten mukaan potilas, joka ei saa opioideja, ei tunne kipua yleisanestesian aikana. Päiväkirurginen anestesia voidaan toteuttaa multimodaalisesti käyttämällä puudutuksia, suonensisäistä lidokaiinia sekä pientä annosta ketamiinia. Multimodaalisina kipulääkkeinä toimivat NSAID:t, parasetamoli sekä dexametsoni, myös erilaiset puudutukset ovat tärkeässä roolissa. Falieresin mukaan on aika ottaa opioidien käytössä iso askel taaksepäin, on tärkeää joko rajoittaa opioidien käyttöä tai lopettaa opioidien käyttö kokonaan perioperatiivisesti.

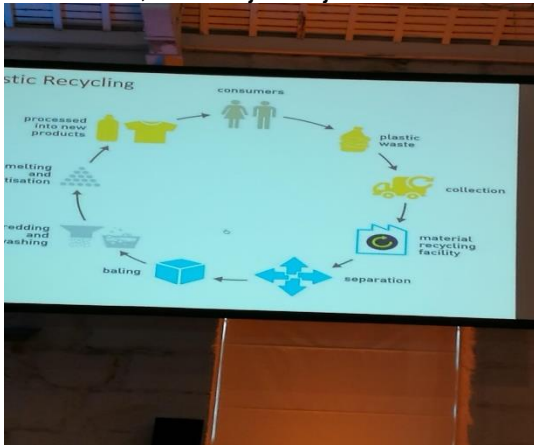
Ian Smith kertoi, että laparoskooppisia sappileikkauksia, fundoplikaatioita ja jopa nefrektomioita voidaan tehdä vähemmällä määrällä tai ilman opioideja kun lähestytään kipua multimodaalisesti. Opioideja voidaan käyttää lähinnä postoperatiivisen kivun hoidossa potilaan vasteen mukaan, ei rutiininomaisesti. Näin toimien voidaan välttyä epätoivotuilta haittavaikutuksilta kuten PONV, pienikin annos opioidia lisää PONV riskiä. Ultralyhytvaikutteisten opioidien käyttöön saattaa liittyä kivulle herkistymistä sekä akuuttia toleranssia.

Naresh Row Intiasta kertoi, että miten heillä käytetään hyväksi uutta teknologiaa. He olivat ottaneet käyttöön Whatsapp -applikaation, jonka avulla potilas pystyy olemaan yhteydessä hoitavaan yksikköön. Whatsapp:in kautta potilas pystyy lähettämään kuvia esim. haavan tilanteesta. Whatsapp:in on koettu helpottavan potilaiden yhteydenottoa sekä ohjeiden antamista mahdollisissa ongelmatilanteissa. Naresh Row mukaan applikaation käyttöön potilaskontaktissa ei liitty ongelmaa tietoturvan suhteen, ainakaan Intiassa.

Mária Janecskó luennoi tekijöistä, jotka johtavat suunnittele mattomaan osastolle jäämiseen päiväkirurgisen leikkauksen jälkeen. Ennustavia tekijöitä osastosiirrolle ovat leikkaustyyppi ja -kesto, anestesian kesto, postoperatiivinen kipu ja pahoinvointi sekä leikkauksenaikainen ja postoperatiivinen verenvuoto. Tekijät, jotka lisäsivät osastosiirtoja olivat; yli 3 tuntia kestävä leikkaus, ASA-luokka III-IV, Ikä>80 vuotta, BMI >30 tai leikkauksen loppuminen klo 15.00 jälkeen. Ikä, sukupuoli ja ASA-luokka eivät sinänsä ole ennustavia tekijöitä osastohoitoon jäämiselle. Suunnittele mattoman osastolle siirron riskiä vähensivät kokenut kirurgi, asianmukainen kivunhoito sekä pahoinvoinnin ehkäiseminen.

Kongressissa yksi luennoista käsitteli jätteitä. Luennon piti Doug McWhinnie Isosta-Britanniasta. Luennossa tuli ilmi, että Britanniassa 96% ihmisistä kierrättää jätteitä kotona, mutta työelämässä vain noin 60%. Kierrätettävä jäte maksaa 80 euroa/tonni ja kaatopaikkajäte/poltettava jäte 750 euroa / tonni. Jätteiden lajittelemisessa on tärkeää, että kaikille jätteille on omat astiansa ja niihin laitetaan vain niihin kuuluvia jätteitä. Tässä Vaasan keskussairaalaossa ainakin omalla osastolla on kehittämisen paikka!

McWhinnie oli verrannut mm. sairaalan jätteen määrää ja kuluja instrumenttipuolella. Kontit olivat paljon ympäristöystävällisempiä kuin paperiin pakatut instrumentit ja tässä asiassa Vaasassa ollaan ympäristön asialla. Hän oli myös verrannut moni- ja kertakäyttöisten instrumenttien välistä jäte/hinta-suhdetta ja tässä lopputulema oli, että hinta ja luonnon kuormitus ovat suunnilleen samaa luokkaa. Varsinkin muovin kierrätys on vielä vaiheessa ja muutokset tulevat hitaasti, tässä McWhinnie näki henkilökunnan vaikuttamismahdollisuudet suurena. Henkilökunta voi painostaa sairaalaa toimimaan, sekä lajitella ja kierrättää itse jätteitä oikein ja vaikuttaa hankintoihin.



M.Ahuja Iso-Britanniasta luennoi siitä, että tarvitsevatko kaikki potilaat päiväkirurgisen toimenpiteen jälkeen vastuullista seuralaista seuraavat 24 tuntia. Luennoitsijan mukaan tämän arviointi on vaikeaa, mutta kaikissa tapauksissa tarvetta seuran ei nähty tarpeelliseksi. Arvioinnissa tulee ottaa huomioon useita tekijöitä päätöstä tehtäessä : miten nopeasti potilas selviää päivittäisistä toiminnoista, kuinka nopeasti hän tuntee olonsa turvalliseksi yksin, kipujen voimakkuus, potilaan muut sairaudet sekä se, että minkä tyyppinen toimenpide on kyseessä. Luennoitsijan mukaan erilaisia toimintamalleja tähän on olemassa kuten virtuaalinen hoito, jolloin potilas oli tavoitettavissa puhelimitse 24h, seuralainen yön yli potilaan kotona tai joidenkin potilasryhmien kotiutus ilman seuralaista yön yli.

Arnaldo Valedon, USA:sta kertoi uusista strategioista lonkka- ja polviproteesin jälkeisen kivun hoidossa. Hän kertoi lääkkeitä, joita he käyttävät pre-, intra-, ja postoperatiivisesti. Blokaadeja käytetään polvi- ja lonkkaproteesin laitton yhteydessä joka toimenpiteessä. Polveen laitetaan adductor canalblokki ja IPACK blokki ja lonkkaan fascial iliaca blokki. Hän kertoi 270 potilaalle tehdystä tutkimuksesta, jossa tuli ilmi että, blokaadit estävät kivun tunnetta 12-24h postop ja fascial iliaca blokin saaneilla potilailla ilmeni vähemmän sivuvaikutuksia. Paikallinen puudutus estää kivun tunnetta 6-12h post op. Hän korosti sitä, että potilaalle pitää kertoa tulevasta, jotta potilas voi valmistautua. Potilasta tulee nesteyttää riittävästi, anemia tulee havaita ja korjata, lääkitystä tulee antaa ennaltaehkäisevästi, potilasta tulee lämmittää sekä antaa antibioottiprofylaksia. Intraop vaiheessa tulee valita anestesia-ainetta potilaskohtaisesti, tässä vaiheessa pyritään myös potilaan normaaliin lämpötilaan, verta tulee saatavilla, jos siihen on tarvetta. Postop vaiheessa pyritään antamaan potilaalle monipuolinen tieto lääkityksestä. Ympäri vuorokauden käytetään NSAID, panadol ja COX2 särkyläkkeitä ja tarvittaessa opioideja. Tärkeintä loppuvaiheessa on lääkitys suun kautta ja nopea mobilisaatio.

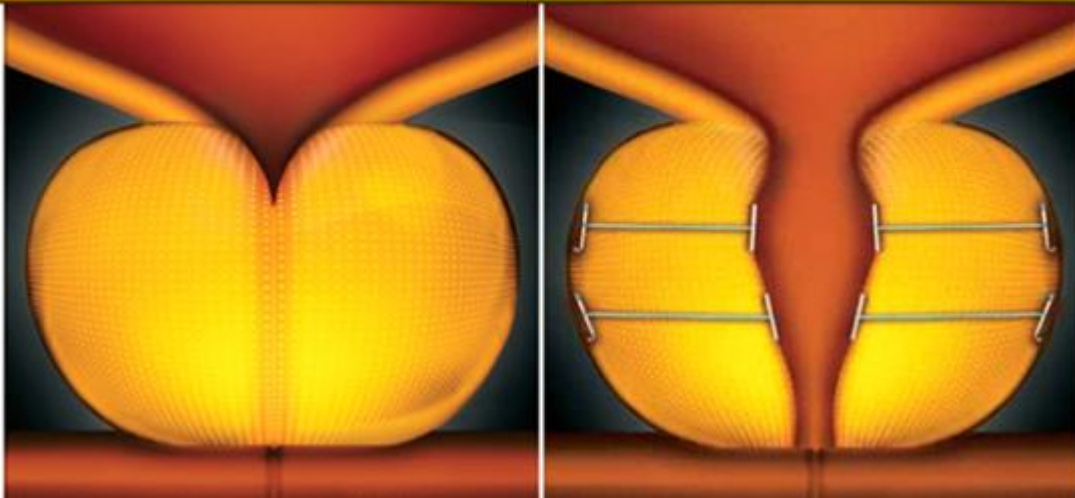
Tiistaina Petra Tietzen-Schnur Saksasta piti luennon turvallisuudesta pohtien sitä, että onko hoito turvallista pienemmällä henkilökunnalla. Luennossaan hän kertoi, että Saksassa työskennellään vähemmällä henkilökunnalla. Heräämössä ei työskentele anestesiahoitaja, vaan vähemmän koulutettu hoitoalan henkilö. Suoranaista vastausta siihen, että mikä on turvallista, ei luento tarjonnut. Luento jäi kuitenkin erityisesti mieleen siinä esitetyn potilastapauksen vuoksi, jossa neljävuotias lapsi oli ollut hammastoihenteissa. Heräämössä hän oli ollut levoton mutta kuitenkin jutellut vanhempiensa kanssa melko normaalisti. Yllättäen lapsen saturaatio oli mennyt huonoksi ja lapsi oli lopettanut hengittämisen. Mitä lapselle oikein tapahtui? Siihen ei saatu luennolla vastausta,

vaikutelmaksi jäi, että lapselle tapahtui jotain hyvin vakavaa, että hän jopa menehtyi. Luennoitsija kertoi, että tämä oli ensimmäinen kerta hänen 20-vuoden urallaan, mutta jäi epäselväksi että mitä tilanteessa oikeasti oli tapahtunut.

Carlos Magalhaes' luennolla, ”The future is today”, korostettiin sitä, että tiimityö on onnistuneen päiväkirurgisen toiminnan salaisuus. Se takaa laadukkaan ja turvallisen hoidon. Meidän tulee kaikkien ponnistella tarjotaksemme potilaillemme parasta mahdollista hoitoa kaiken uudenkin keskellä, terveydenhuollossa on tällä hetkellä tarjolla mm. uutta teknologiaa, uusia lääkkeitä, digitaalista tukea, uusia protokollia sekä robottikirurgiaa.

Mariann Aaland Norjasta luennolla ”Patient education for obesity procedures” hoitajalla nähtiin olevan tärkeä rooli potilasta hoitavassa moniammatillisessa tiimissä. Hoitajat usein koordinoivat ja räätälöivät potilaiden hoitopolun. Leikkaus on vain pieni osa ylipainoisten potilaiden hoidossa. Potilaiden täytyy sitoutua muuttamaan elämäntyyliään. Hoitajien tulee olla tietoisia haastavista tilanteista, joita potilaat kohtaavat ja pystyä auttamaan jokaista potilasta yksilöllisesti omalla tietämyksellään sekä suurella sydämellä. Hoitajalla tulee olla runsaasti tietoa psyykkisistä oireista sekä pre-, intra- että postoperatiivisista komplikaatioista. Holistinen lääketiede yrittää hoitaa koko ihmistä sen sijaan, että keskittyy liian suppeasti yksittäisiin oireisiin. Ystävällisyydellä ja kunnioituksella päästään pitkälle!

Mark Lucky esitteli eturauhasen liikakasvun hoidossa käytettävää menetelmää, Uroliftiä. Urolift on uusi vaihtoehto lääkehoidolle tai invasiivisemmalle kirurgialle hoidettaessa hyvänlaatuista eturauhasen liikakasvua. Tämä hoitomuoto oli meille uusi. Meidän yksikössä eturauhasen liikakasvua hoidetaan pääsääntöisesti päiväkirurgisesti Green Laserilla, jonka jälkeen potilaat tavallisesti kotiutuvat kestopatentin kanssa. Urolift system on uusi minimaalisen invasiivinen toimenpide, joka voidaan tehdä polikliinisesti tai päiväkirurgisena toimenpiteenä, paikallispuuduksessa tai sedaatioissa. Toimenpiteen jälkeen potilaat voivat palata normaaliin aktiivisuuteen muutamassa päivässä. Toimenpiteessä urologi asettaa pysyvät implantit, jotka nostavat ja pitävät suurentuneen eturauhaskudoksen poissa tieltä, jolloin virtsaputken paine vähenee ja tämä mahdollistaa virtsan virtauksen. Tavallisesti käytetään 4-5 implanttia potilasta kohden. Uroliftiä käytettäessä ei ole tarpeen käyttää eturauhaskudosta leikkaavaa, kuumentavaa tai poistavaa menetelmää. Tavallisesti potilaat kotiutuvat samana päivänä ilman kestopatenttia. Potilaat voivat tuntea oireiden helpottamisen aikaisintaan 2 viikon kuluttua toimenpiteestä. Uroliftin hyödyiksi katsotaan nopea oireiden lievitys, nopea toipuminen, turvallisuus, seksuaalisten toimintojen säilyminen sekä pysyvä vaikutus. Yleisimmät sivuvaikutukset ovat kipu virtsatessa, veri virtsassa, lantiikipu, äkillinen virtsaamisen tarve ja/tai virtsaamisen kontrolloimattomuus. Suurin osa sivuvaikutuksista kuitenkin helpottaa 2-4 viikossa.



Anabela Garcia Portugalista luennoi lasten laparoskooppisesta kirurgiasta. Luennolla todettiin, että hoitajalla tulee olla mm. erityisiä inhimillisiä taitoja käsitellä eri ikäisiä lapsia, intohimoa lasten kirurgiaan, tiimityöskentelytaitoja sekä kyky puhua kielellä, jota sekä lapset että heidän vanhempansa ymmärtävät ja hyväksyvät. Hoitajalla tulee olla taitoa käsitellä myös omia pelkojaan sekä stressiä.

On tärkeää, että hoitajamitoitus on oikea. Mikäli hoitajia on liian vähän potilasmäärään nähden, lisääntyy riski vaaratilanteista. Liian vähäinen hoitajien määrä lisää hoitovirheitä, infektiovaaraa, MRSA:ta, sydämenpysähdyksen sekä äkkikuoleman riskiä. Ongelma ei ole välttämättä se, että hoitajia ei ole saatavilla, vaan pikemminkin se, että hoitajalla tulee olla riittävää osaamista ja pätevyyttä suhteessa tehtävän vaatimukseen. Lisäksi hoitajien loppuunpalaminen aiheuttaa isoja kustannuksia. Petra Tietze-Schnur totesi luennollaan, että epäpätevien hoitajien ja huonojen hoitotulosten välillä on nähtävissä selkeä syy-yhteys.

Monilla luennoilla puhuttiin tiimityön tärkeydestä ja hoitajan roolista. On koko henkilökunnan vastuulla varmistaa, että työmme on potilaslähtöistä. Se vaatii kaikilta huolenpitoa, myötätuntoa, kommunikointia, pätevyyttä, rohkeutta ja sitoutumista. Tällöin saamme parempia hoitotuloksia ja kokemuksia sekä osaamme käyttää resursseja paremmin. Hoitajan on tärkeää luoda luotettava ilmapiiri, jotta potilaat voivat jakaa heille pelkonsa, huolensa ja kysymyksensä. Hoitajan tehtävä on myös kuunnella, kunnioittaa ja antaa psyykkistä tukea.



Kiitos kaunis Porto, mahtavista maisemista, jonka puitteissa kongressi järjestettiin. Kongressikeskuksen sijainti oli mitä parhain. Kahvi- ja lounasaikana oli ihana istuskella kauniin Douro-joen rannalla, nauttien auringon lämmöstä ja verkostoitua ihmisten kanssa. Meille jäi kaupungista sellainen vaikutelma, että tänne voisi tulla uudelleenkin lomailemaan.



Iltaisin kaupunkiin syttyivät tuhannet valot, lokit kirkuivat ja kaunis musiikki valtasi kadut. Ruoan tuoksun ja ystävällisten ihmisten nauru kaikui kaupungissa. Kaikki nämä kauniit muistot tallennamme mieliimme tältä reissulta, tämä on ollut työhyvinvoinnin edistämistä parhaimmillaan.

